10
Bekostiging anonieme e-mental health

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken (33675).**

De **voorzitter**:
Als hij zijn telefoon op stil heeft gezet, is als eerste het woord aan de heer Van Gerven.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De heer **Van Gerven** (SP):
Voorzitter. We bespreken vandaag de wijziging van een aantal wetten om twee dingen te bereiken: het structureel regelen van de bekostiging van anonieme e-mental health en het mogelijk maken van anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde personen. Dat zijn twee onderwerpen waar je niet tegen kunt zijn. Toch kun je je afvragen of met deze wetswijziging het probleem structureel wordt opgelost. Volgens de SP is het probleem namelijk veel groter dan alleen de bekostiging van anonieme e-mental health. Het probleem zit in het huidige zorgstelsel van onderlinge concurrentie van aanbieders en de bekostiging per verrichting. In dit zorgstelsel moet immers iedere minuut kunnen worden verantwoord, wat leidt tot bureaucratie, wantrouwen richting de zorgprofessional. Ook staat de privacy van mensen daardoor continu onder druk. Een dbc bevat nu al heel veel informatie, namelijk over de behandeling, de aandoening, de duur van de behandeling enzovoorts. Moet zorg gewoon niet altijd privacyproof zijn? Als dat zo is, is die anonieme e-health dan niet gewoon overbodig?

In het in de maak zijnde wetsvoorstel rondom het elektronisch patiëntendossier moet je bijvoorbeeld vooraf altijd toestemming geven voor de uitwisseling van jouw medische gegevens via het landelijk schakelpunt. Doordat de minister de werking van het amendement dat dit regelt uitstelt, rijst de vraag of dit zal leiden tot meer of minder behoefte aan anonieme hulpverlening. Ik krijg daar graag antwoord op van de minister.

Al voor de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2008 waarschuwde de SP voor onduidelijkheden, bureaucratie en schaalvergroting. Zij wees daarbij ook op de positie van de patiënt. Die overheveling betekende overigens ook een afname van de solidariteit. De AWBZ was immers een volksverzekering met premieheffing naar draagkracht en de Zorgverzekeringswet is dat niet. Het recht op zorg is hierin wel geregeld, maar het element van concurrentie tussen de verschillende zorgverzekeraars en tussen de verschillende zorgaanbieders komt er ook in voor. De overheveling is echter toch doorgaan. Omdat de Zorgverzekeringswet vereist dat de zorg herleidbaar is naar een individuele verzekerde, is het financieren van anonieme interventies op het gebied van e-mental health niet meer mogelijk. Voor de overheveling naar de Zorgverzekeringswet in 2008 was geregeld dat een behandeling kon plaatsvinden op basis van een budget. Na de overheveling was bekostiging via de budgetcomponent dienstverlening nog mogelijk, maar met het vervallen van deze budgetcomponent per 2013 en de invoering van prestatiebekostiging is er voor gebudgetteerde aanbieders geen bekostiging meer mogelijk. De minister schrijft dat zelf ook in de memorie van toelichting.

Met de voorliggende wetswijziging zegt de minister tegemoet te komen aan een motie van de SP uit 2007. Jawel, 2007. Acht of bijna negen jaar geleden riep mijn toenmalige collega Van Velzen de regering al op om de knelpunten rond internetbehandelingen te inventariseren en om te bezien of een anonieme richtlijn mogelijk is. Worden al die knelpunten inderdaad opgelost, zoals de minister zegt te doen? Ik heb daar toch twijfels over. Allereerst heb ik twijfels over de uitvoerbaarheid van het voorliggende plan. Dat is om twee redenen. Ten eerste: hoe kunnen zorgaanbieders aantonen dat anonimiteit om psychische redenen daadwerkelijk noodzakelijk is? Ten tweede: waarom is gekozen voor een jaarlijkse subsidietermijn, die toch veel onnodige bureaucratie met zich brengt?

Laat ik met dat laatste beginnen. Ik verzoek de minister om de subsidietermijn bijvoorbeeld op drie jaar te stellen. Op die manier kan de bureaucratie die de jaarlijkse contractering met zich brengt, worden teruggedrongen. Ik heb een motie daarover in gedachte.

Mijn eerste punt ging over de bewijslast voor zorgaanbieders met betrekking tot de om psychische redenen noodzakelijke anonimiteit. Hoe gaan de zorgaanbieders aantonen dat daar sprake van is? De VVD heeft daarnaar gevraagd, net als de SP, maar ik vond het antwoord van de minister toch niet bevredigend. In plaats van een oplossingsrichting te geven stelt de minister eenvoudigweg dat zorgaanbieders maar moeten aantonen hoe ze dat doen. Door het probleem bij de zorgaanbieders te leggen en door het als het ware over de schutting te gooien is het echter niet opgelost. Stelt de minister de zorgaanbieders hierdoor niet voor een onmogelijke opdracht? Creëert zij zo niet meer bureaucratie voor zorgaanbieders? Creëert zij zo geen papieren werkelijkheid? Wanneer je als cliënt weet dat die zorg gratis is wanneer je invult dat anonimiteit om psychische redenen noodzakelijk is, dan vink je dat toch gewoon aan, zou ik zeggen. Dat voelt wat de SP betreft toch niet gemakkelijk. Ik vraag de minister dus nogmaals: hoe gaan de zorgaanbieders aantonen dat die anonimiteit om psychische redenen daadwerkelijk noodzakelijk is?

De heer **De Lange** (VVD):
Het is terecht dat de heer Van Gerven wijst op de effectiviteit. De VVD heeft daar ook de nodige vragen over gesteld. Ik kom daar straks op terug. Ik vraag me echter wel het volgende af. Aan de ene kant wijst de heer Van Gerven erop dat het niet duidelijk is wat de effectiviteit is van hetgeen de aanbieders aanbieden. Aan de andere kant stelt hij voor om de aanbieders een termijn van drie jaar te geven. Als je niet weet hoe het zit met de effectiviteit, is het dan niet veel verstandiger om die termijn maar voor een jaar te laten gelden?

De heer **Van Gerven** (SP):
Het ging in mijn betoog tot nu toe vooral over de anonimiteit: hoe moet je aantonen dat de zorg alleen anoniem geleverd kan worden? Uw vraag of die zorg werkt, die u terecht stelt, is een andere. Die kwestie heb ik alleen nog niet geadresseerd in mijn betoog. Mijn betoog ging vooral over de anonimiteit: hoe kan de zorgaanbieder aantonen dat het alleen langs die weg moet en dat het volstrekt anoniem moet? Daarnaast is er nog het vraagstuk van de effectiviteit. Natuurlijk moet zorg effectief zijn, maar ik denk dat de beantwoording van die vraag niet afhankelijk is van het hanteren van een subsidietermijn van drie jaar of van één jaar. Een zorgaanbieder of een hulpverlener moet state-of-the-artzorg bieden. Daarop moet toezicht zijn van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en eventueel moet het Zorginstituut een rol spelen; het gaat om die organen. Ik denk dat dit losgekoppeld moet worden van de directe subsidieaanvraag. Mijn pleidooi is om de subsidie een aantal jaren te verstrekken zodat er rust is op dat front. Het gaat om een beperkt aantal aanbieders en om relatief kleine bedragen, zoals we hebben kunnen lezen in de voorstellen. Dat heeft mijn voorkeur.

De heer **De Lange** (VVD):
De heer Van Gerven kan het als een relatief klein bedrag afdoen, maar het telt toch op tot 2 miljoen. Dat is toch serieus geld, lijkt mij zo. In die zin verbaas ik mij erover dat de heer Van Gerven geen koppeling legt tussen de inhoud van wat geboden wordt en de duur van het contract. Op het moment dat je niet weet hoe goed de zorg is, is het toch raar dat je dat continueert voor langer dan een jaar? Sterker nog, als het niet werkt, moet je er zo snel mogelijk van af.

De heer **Van Gerven** (SP):
Laat ik een vergelijking maken met de contracten met ziekenhuizen, waarover veel discussie is. Omdat de behoefte daaraan heel sterk is, worden in toenemende mate meerjarige contracten afgesloten. Een organisatie die hulp verleent, weet op die manier wat zij bijvoorbeeld kan verwachten aan middelen om zorg te verlenen. Dat staat los van het algemene vraagstuk dat elke instelling geacht wordt, kwaliteit te bieden. De SP vindt dat de taak om de kwaliteit te borgen niet zozeer bij de zorgverzekeraar is belegd, maar dat die meer thuishoort bij de beroepsgroepen zelf — die moeten elkaar controleren — en toezichthoudende organen, zoals de inspectie.

Voorzitter. Mijn concrete vraag aan de minister is of de subsidietermijn van een jaar verlengd kan worden tot bijvoorbeeld drie jaar, ook om de administratieve lasten terug te dringen en de bedrijfsvoering minder onzeker te maken. Een aanpalende vraag is of het niet een idee is om het verstrekken van de subsidies te beleggen bij het Zorginstituut. Daarmee hebben we ook met betrekking tot de anonimiteit winst geboekt. Als de subsidiestroom via het Zorginstituut zou gaan, zijn we af van de individuele verantwoording. Immers, op basis van de individuele verantwoording en declaratieweg is de anonimiteit — ik heb het dan over bijvoorbeeld de categorie bedreigde personen — wel degelijk in het geding. Zou het niet een oplossing zijn om dat te beleggen bij het Zorginstituut?

Ik kom te spreken over de ernstig bedreigde cliënten. Daarbij moet je denken aan meisjes die het slachtoffer zijn geworden van eerwraak of pooierboys. Omdat de financiering van hun zorg niet anoniem is, kunnen zulke meisjes in levensbedreigende situatie terechtkomen. Zo'n meisje duikt bijvoorbeeld onder op een locatie waar zij zorg ontvangt, maar de rekening gaat dan toch naar de zorgverzekeraar, waardoor de verblijfplaats achterhaald kan worden. Er kan dus een lek zijn. Mijn vraag is of die perceptie klopt; ik meen dit ook zo in de stukken gelezen te hebben. Het moge duidelijk zijn dat er eigenlijk geen traceerbaarheid mag zijn voor mensen die kwaad in de zin hebben. Kan de minister dat nog eens duiden? Zij zegt zelf dat het in negen van de tien gevallen goed gaat, maar het gaat ons natuurlijk om dat ene geval waarin het niet goed gaat. Je zult immers maar die tiende zijn die wordt bedreigd met de dood of met wat dan ook. Dat is niet acceptabel. Ik krijg daarop dus graag een reactie van de minister: hebben wij dit goed begrepen uit de stukken? Er staat dat de zorgverzekeraars zich eraan geconformeerd hebben dat het beschermingsregime van kracht is, maar de vraag is dus of dat voldoende effectief is en of dat voldoende werkt.

Een andere opmerking van de minister waarover wij zorgen hebben, betreft het stelsel bewaken en beveiligen, het SBB van het Openbaar Ministerie. De vraag is hoelang het duurt voordat mensen worden opgenomen in het SBB als dat aan de orde is en hoe de anonimiteit wordt gegarandeerd. Uit de antwoorden van de minister begrijpen wij dat de anonimiteit niet is gegarandeerd. Er wordt wel aangegeven dat er wordt geprobeerd om de anonimiteit met terugwerkende kracht te laten gelden vanaf het moment waarop de vrouw uit het zicht van haar bedreiger is verdwenen, maar dat vind ik niet geruststellend. Ik krijg dus graag ook daarop een reactie van de minister. Vandaar ook mijn eerdere vraag of het, gelet op het functionerende beschermingsregime van de zorgverzekeraars en het niet kunnen garanderen dat bedreigde cliënten altijd op tijd worden opgenomen in het stelsel bewaken en beveiligen, niet beter is om die financiering via het Zorginstituut te laten lopen. Voor illegalen en asielzoekers doen we dat immers ook zo. Dan kunnen de zorgverzekeraars er gewoon tussen uit. Ik krijg dus graag een reactie van de minister op dit punt. Ik overweeg om hierover een motie in te dienen.

☐

Mevrouw **Klever** (PVV):
Voorzitter. "Zorg voor de geest kost nog het meest"; dat constateert het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in zijn nieuwste studie naar kosten van ziekten. De kosten van depressie en angststoornissen zijn in de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld. De kosten van verslaving zijn bijna verviervoudigd. Het aantal mensen dat hulp krijgt via het internet, is in de afgelopen jaren verdrievoudigd. Dit laatste is in het kader van de kosten een goede ontwikkeling, want behandeling via het internet is goedkoper. De PVV is dan ook in principe een voorstander van e-mental health. Dat geldt dan met name voor de ernstig bedreigde personen.

Over de subsidieverstrekking voor anonieme e-mental health aan niet ernstig bedreigde personen hebben wij nog wel wat vragen. "Anoniem" betekent namelijk: gratis zorg, geen zicht op kwaliteit of effectiviteit en geen controle op de declaraties. De minister schrijft in de memorie van toelichting dat anonieme e-mental health noodzakelijk is omdat patiënten uit schaamte zorg zouden kunnen mijden. Het verbaast mij dat de minister zorg mijden uit schaamte wél

als een probleem ziet, maar zorg mijden uit geldgebrek niet, en dat terwijl er inmiddels diverse studies zijn waarin is aangetoond dat zorg mijden vanwege het hoge eigen risico een groeiend probleem is en er over zorg mijden uit schaamte helemaal geen cijfers te vinden zijn. In feite heb ik het tegendeel gevonden in de Trimbosuitgave over 2013-2015. Ik citeer een aantal bevindingen. "In Nederland lijkt de drempel om hulp te zoeken voor psychische of emotionele problemen relatief laag in vergelijking met andere landen." "Maar 8 procent van de volwassen Nederlanders zegt zich ongemakkelijk te voelen om met een professioneel hulpverlener over zijn psychische problemen te praten en slechts 2,6 procent geeft aan zich hierover erg te schamen." "Tachtig procent van de volwassen Nederlanders geeft aan zich niet erg, of helemaal niet te schamen wanneer bekend wordt dat hij of zij professionele hulp gezocht heeft voor psychische problemen." Nederland loopt blijkbaar gewoon voorop wat betreft laagdrempelige hulp voor psychische problemen en schaamte over psychische problemen komt amper voor. Waarom dan dit wetsvoorstel? Wil de minister hierop reageren? Ik ben namelijk lang niet overtuigd van de noodzaak tot anonieme e-mental health.

Met dit wetsvoorstel wordt beoogd, de financiering van anonieme e-mental health te regelen via het verstrekken van een jaarlijkse subsidie. De subsidie heeft een ondergrens en een bovengrens van respectievelijk €100.000 en €700.000. Het totale ter beschikking staande bedrag is 2 miljoen. Hoe zijn die ondergrens en die bovengrens tot stand gekomen? Ik kan me niet voorstellen dat het oprichten van een onlineplatform met wat invulformulieren en chatboxen, een aantal hulpverleners in 24 uursdienst en een coördinator zo veel moet kosten. Stichting E-hulp becijferde vorig jaar dat de kosten voor een complete, volledige onlineplatformhulpmix ongeveer €450.000 bedragen. Die bovengrens kan wat mij betreft daarom worden gehalveerd, evenals de ondergrens. Of is er gelijk twee ton ingecalculeerd voor het salaris van een directeur? Ik krijg hierop graag een toelichting.

Hoe hard is die grens van 2 miljoen? Wat als er straks een massale toeloop is naar dit nieuwe aanbod van gratis onlinehulp bij psychische problemen? Creëert dit wetsvoorstel niet een geheel nieuw zorgaanbod, dat de ggz uiteindelijk niet goedkoper maar juist veel duurder maakt? Heeft de minister überhaupt rekening gehouden met de toeloop van patiënten? Zo ja, wie gaat dat betalen?

Hoe worden de anonieme patiënten geregistreerd? Hoe kunnen hun vorderingen worden gecontroleerd? Hoe weten we of de behandeling succes heeft of niet? Hierover staat niets in het wetsvoorstel. Over de indicatiestelling staat slechts dat er sprake moet zijn van een psychische noodzaak. Hoe rekbaar is dat begrip? Elke aanbieder kan zijn vragenlijstje zo opstellen dat de noodzaak algauw is aangetoond. De indicatie wordt nu gelukkig nog getoetst aan de DSM-IV-criteria getoetst en niet aan de DSM-5-criteria, waarbij een vreetbui of een wat langere rouwperiode al als psychische stoornis wordt aangemerkt. Dit kan echter elk moment veranderen.

Kortom, mijn fractie maakt zich grote zorgen over misbruik en over de fraudegevoeligheid van dit wetsvoorstel. Het is in feite een soort experiment, niet gebaseerd op onderzoek en cijfermateriaal maar op aannames en verwachtingen.

Ik rond af. De PVV-fractie is voorstander van e-health, maar anonieme e-health moet eerder ontmoedigd dan aangemoedigd worden. Ziet de minister dat ook zo? Zo ja, hoe gaat zij de toestroom voorkomen en de uitstroom bevorderen?

☐

De heer **De Lange** (VVD):
Voorzitter. Vandaag spreken we over de wijziging van de Zorgverzekeringswet. Het gaat er hierbij om dat we ervoor zorgen dat de anonimiteit van mensen bij zorgverzekeraars gewaarborgd blijft. Zo wordt het ook mogelijk gemaakt dat mensen die vallen onder het stelsel van bewaken en beveiligen, anoniem kunnen blijven. Het gaat om mensen die in vaak trieste omstandigheden slachtoffer zijn geworden van ernstige bedreiging en/of mishandeling. Voor mensen die vallen onder het stelsel van bewaken en beveiligen moet de veiligheid van het onderduikadres gegarandeerd kunnen worden. Helaas is in het verleden gebleken dat een bedreiger de adresgegevens kon achterhalen als gevolg van administratief verkeer tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar. Dat is onacceptabel. Ik zal een voorbeeld geven. In 2004 heeft een man zijn echtgenote doodgeschoten buiten een blijf-van-mijn-lijfhuis. Hij had haar vluchtadres achterhaald via de zorgverzekeraar. Mensen die een beroep doen op het stelsel van bewaken en beveiligen moeten ervan kunnen uitgaan dat ze veilig zijn. Door de voorliggende wijziging van de Zorgverzekeringswet kan een anonieme afwikkeling van de zorgkosten geregeld worden. De VVD is dan ook akkoord met dit deel van het wetsvoorstel.

Eind 2007 is breed een motie van de SP gesteund om de knooppunten rondom internetbehandelingen te inventariseren en te bezien of een richtlijn anonimiteit mogelijk was. Dit speelde in op de internettherapieën die werden gebruikt voor mensen met een verslaving die anoniem wilden blijven. In de afgelopen jaren is het aanbod van e-mental healthtoepassingen gegroeid. E-mental health kan worden ingezet bij de behandeling van diverse psychische klachten en kan ook anoniem worden toegepast. Voor de VVD is het van groot belang dat mensen uiteindelijk in een regulier zorgtraject terechtkomen. Niet voor niets is er in de afgelopen periode geïnvesteerd in de praktijkondersteuners ggz bij de huisartsen en functioneert de basis-geestelijke gezondheidszorg. Op een heel laagdrempelige wijze kan hier zorg worden geboden. Deze mensen vallen onder het medisch beroepsgeheim, waardoor de vertrouwelijkheid van een dergelijk gesprek wordt gewaarborgd. Dit roept de vraag aan de minister op wat de argumentatie is om de financiering van anonieme e-mental health nu in een wet vast te leggen. Wat is erop tegen om de huidige praktijk van het ter beschikking stellen van een vast subsidiebedrag met een plafond van 2 miljoen per jaar te continueren?

Uit de nota van antwoord blijkt dat op dit moment weinig bekend is over de effectiviteit van de toepassing van anonieme e-mental health en dat er ook geen structurele monitoring heeft plaatsgevonden. De SP vroeg daar ook al aandacht voor. Wie maakt er gebruik van en wie heeft er baat bij? Dat zijn vragen. Is de minister het met de VVD eens dat het een goede zaak zou zijn als er meer inzicht komt in de effectiviteit? Welke methodieken werken wel en welke werken niet? Leidt deze vorm van anonieme hulp tot oplossingen en gaan mensen op zoek naar hulp in de reguliere zorg? Voor de VVD zijn dit relevante vragen. Gelukkig wordt er wel wetenschappelijk onderzoek gedaan

naar de effectiviteit van de inzet van e-mental health. Tijdens een bezoek aan de Vrije Universiteit in Amsterdam heb ik vernomen dat uit een studie blijkt dat de combinatie tussen hulp op afstand via internet en de daadwerkelijke hulp via een gesprek met een psycholoog, de zogenaamde blended care, leidt tot de beste resultaten. Hoe kijkt de minister hiertegenaan? Is zij met de VVD van mening dat het van belang is dat mensen in het reguliere zorgtraject terechtkomen? Wordt dit een uitgangspunt voor de toepassing van anonieme e-mental health?

In de brief van 10 juni 2011 staat dat in totaal, inclusief uitvoeringskosten, 2 miljoen euro structureel uitgetrokken wordt voor de financiering hiervan. Dit bedrag komt ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. Blijft dit bedrag in de komende jaren gehandhaafd? Wordt dit ingezet voor alle vormen van anonieme e-mental health? Of wordt er nog onderscheid gemaakt voor bepaalde psychische klachten? Welke zijn dat dan? Wat voor rol gaat het Zorginstituut hierin spelen? En wat is de garantie dat door dit wetsvoorstel geen titel zal ontstaan om dit budget te gaan verhogen?

De VVD erkent dat het soms heel goed kan zijn om mensen de mogelijkheid van anonieme e-mental health te bieden; daarover geen misverstand. Toch staat voor ons voorop dat het goed is als mensen worden geholpen binnen een regulier zorgtraject. Nu er zo veel vragen spelen, lijkt het de VVD verstandig om de huidige regeling te continueren en meer inzicht te krijgen in de effecten, beproefde methodieken en resultaten. Via een nota van wijziging kan worden geregeld dat het belangrijke onderdeel van dit wetsvoorstel rond de anonieme afwikkeling van de zorgkosten van mensen die vallen onder het stelsel bewaken en beveiligen, gewoon doorgang kan vinden. Ik verneem graag hoe de minister, maar ook de Kamer, tegen dit voorstel aankijkt.

Nu dit wetsvoorstel echter voorligt, heeft de VVD vanmiddag een amendement ingediend. In dit amendement wordt de vraag gesteld om na twee jaar te evalueren en te komen met een verslag over de doeltreffendheid en de effectiviteit van deze wet in de praktijk. Uiteindelijk gaat het om methodieken die mensen beter maken, zeker ook in de geestelijke gezondheidszorg.

☐

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. Weten dat je zorg nodig hebt, maar schaamte voelen over je stoornis of verslaving. Als je niet uit de anonimiteit durft te treden om gebruik te maken van reguliere zorg, moet er een alternatief mogelijk zijn. E-mental health kan anoniem plaatsvinden. Alleen was de bekostiging hiervoor een tijd lang niet goed geregeld. Hiervoor ligt nu een goed wetsvoorstel voor, wat D66 betreft.

Anonieme e-mental health voor eerstelijns psychologische zorg, inclusief verslavingsproblematiek, wordt laagdrempelig mogelijk gemaakt door samenwerking tussen overheid, verzekeraars en aanbieders. Dat vinden wij een goede ontwikkeling. D66 is groot voorstander van de mogelijkheid van anonimiteit voor kwetsbare groepen, zeker in de beginfase van de behandeling, als mensen nog worstelen met gevoelens van schaamte, angst voor de omgeving of onveiligheid. D66 wil dat mensen waar mogelijk gebruikmaken van passende zorg binnen het reguliere systeem. De minister stelt dat de zorgaanbieder de gebruiker moet motiveren of begeleiden naar reguliere zorg. D66 zou graag zien dat de minister op dit punt een evaluatie toepast na verloop van tijd. Daarom sluit ik me aan bij het amendement van de VVD. D66 wil graag weten in hoeveel procent van de gevallen en na hoeveel tijd de begeleiding naar reguliere zorg slaagt. Graag krijg ik hierop een reactie van de minister.

Valt ook de anonieme e-mental health van bijvoorbeeld de website Grip op je Dip van het Trimbos-instituut hieronder? Die richt zich namelijk vooral op preventie. Grip op je Dip wil eigenlijk voorkomen dat jonge mensen überhaupt naar de reguliere zorg toe moeten. Bij de eerste signalen van een gevoel van depressie kun je dan al ingrijpen. Valt de subsidie voor Grip op je Dip ook onder dit wetsvoorstel? Grip op je Dip is echt bewezen effectief. Kan de minister bekijken of er in dit geval meerjarensubsidie mogelijk is? Dat maakt het voor zo'n programma ook makkelijker om zich te blijven inspannen voor zo veel mogelijk preventie.

D66 heeft al eerder, en ook op andere domeinen, gepleit voor een goede waarborg en beveiliging van gegevens van ernstig bedreigde cliënten. Natuurlijk, waar mensen werken, kunnen fouten ontstaan, maar deze groep vraagt echt om extra waakzaamheid bij alle betrokken partijen. Mijn fractie is positief over de gekozen lijn waarbij geen gegevens in het systeem van de zorgverzekeraar zitten, zodat traceerbaarheid zeer lastig wordt. Ik zou op dit punt graag een korte toelichting van de minister horen. Welke stappen blijft zij zetten om de kans op risico's van traceerbaarheid echt minimaal te houden? Kan de minister aangeven of zij bereid is alsnog de financiële gevolgen van anonieme financiering voor ernstig bedreigde cliënten in kaart te brengen, en de Kamer hierover te informeren?

Concluderend kan ik stellen dat D66 van mening is dat hier een goed wetsvoorstel ligt. D66 steunt de keuze om anonieme zorg alleen beschikbaar te stellen voor degenen voor wie dat een noodzakelijke voorwaarde voor behandeling is. Ik vind het wel belangrijk om van de minister te horen wie daarvoor dan de criteria vaststelt. Wie bepaalt dat? De stappen die in dit wetsvoorstel worden gezet om mensen anoniem en niet-traceerbaar van noodzakelijke zorg te laten genieten, steunt mijn fractie overigens van harte.

De **voorzitter**:
Tot slot is het woord aan mevrouw Bouwmeester namens de fractie van de Partij van de Arbeid.

☐

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voorzitter. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat ze de zorg krijgen die nodig is en dat ze de zorg krijgen die bij hen past. Wij hebben een breed verzekerd pakket dat voor iedereen toegankelijk is, ongeacht inkomen, leeftijd of staat van de gezondheid. Dat is iets om trots op te zijn.

Toch is er ook een groep mensen die geen toegang heeft tot zorg, omdat deze mensen uit schaamte geen hulp durven te vragen vanwege een psychische ziekte of een verslaving, terwijl juist voor hen vroegtijdige preventieve of echte hulp ontzettend belangrijk is om het niet verder mis te laten gaan. Helaas ligt er op hulp vanuit de ggz nog een heel groot taboe. Dat is geheel onterecht, want iemand met een geestelijke ziekte is niet meer of minder ziek dan iemand met een lichamelijke ziekte. Dit wordt echter niet altijd zo

ervaren, waardoor mensen die wel hulp nodig hebben, deze niet altijd durven te vragen.

Dat roept in eerste instantie de vraag op hoe het hardnekkige taboe op geestelijke gezondheidszorg doorbroken kan worden. Maar er is ook een praktische oplossing nodig. Daarom steunen wij het voorstel tot anonieme e-mental health specifiek voor groepen mensen die wel ggz-hulp nodig hebben, maar deze alleen maar aanvaarden vanuit de anonimiteit.

Er is ook een groep mensen die om een andere reden beperkte toegang tot zorg heeft. Dat zijn bijvoorbeeld mensen die vanwege ernstige bedreigingen extra bescherming nodig hebben. Ook deze mensen, zoals vrouwen die voor geweld zijn gevlucht naar de vrouwenopvang, worden door deze wetswijziging beschermd. Door zorg voor hen anoniem te financieren is de kans kleiner dat ze via de declaratiegegevens in de zorg vindbaar zijn en dat is een belangrijk beschermingsmechanisme. Mijn collega van de VVD noemde net al een heel pijnlijk voorbeeld van hoe het mis kan gaan. Door deze wet wordt de kans daarop kleiner.

De toegang tot zorg wordt op deze manier dus voor twee heel kwetsbare groepen mensen vergroot. De Partij van de Arbeid vindt dat een heel goed voorbeeld van het organiseren van zorg vanuit de vraag en de wens van mensen in plaats van op basis van het denken vanuit een systeem. De PvdA is daarom ook een groot voorstander van dit wetsvoorstel, maar heeft wel nog een aantal vragen.

Goede zorg is zorg die bij mensen past, zoals ik net al zei. Bij de een past een internetbehandeling en bij de ander past juist zorg in de spreekkamer. Mensen moeten altijd de keuze hebben om samen met hun zorgverlener te bepalen wat bij hen past. E-mental health, zo blijkt uit onderzoek van bijvoorbeeld het Nictiz, is voor bepaalde groepen mensen vele malen effectiever dan de klassieke behandeling in de spreekkamer. Volgens het Nictiz wordt deze effectievere behandeling echter niet altijd breed ingezet, omdat er eerst een cultuuromslag nodig is, waarbij de patiënt echt centraal staat en waardoor er vanuit zijn wens bekeken wordt welk aanbod past. Ook is het nodig dat er begeleiding komt en flexibele financiële ruimte. Pas dan zal deze omslag gemaakt worden en dat draagt bij aan passende zorg. De vraag is dan wie de patiënt helpt. Wie handelt er in zijn belang? Welke rol ziet de minister hierbij voor zichzelf?

Ik zei net al dat er tegelijkertijd ook mensen zijn die heel graag alleen maar zorg vanuit de behandelkamer krijgen. Dat is ook goed. Als dat het beste bij je past, moeten wij dat vooral overeind houden. Kan de minister garanderen dat e-health, health vanuit de behandelkamer of op een andere manier altijd mogelijkheden zijn die naast elkaar blijven bestaan? Op welke manier wordt ervoor gezorgd dat mensen die geholpen kunnen worden door anonieme e-mental health deze ook echt kunnen vinden? Hoe wordt een passend aanbod georganiseerd, divers en dicht bij huis, zodat het vindbaar is voor deze specifieke mensen? Hoe vinden selectie en verwijzing plaats? Waar kan men bezwaar aantekenen als anonimiteit echt noodzakelijk is maar niet wordt gehonoreerd?

Momenteel komt een aantal behandelingen in aanmerking voor vergoeding. De vraag is waarom dit aantal beperkt is. Welke behandelingen zijn dit precies? Mijn collega van D66 vroeg al naar de behandeling Grip op je Dip, maar er zijn nog veel meer preventieve interventies. Komen die hiervoor ook in aanmerking? Hoe eerder er vroeg signalerend preventieve hulp wordt geboden, hoe effectiever deze is en hoe meer kosten er worden bespaard.

Wij willen graag dat er een inhoudelijke evaluatie komt van wat hiervoor in aanmerking komt. Is dat voldoende of moet het uitgebreid worden? Zijn er juist meer, lichtere interventies nodig? Wat betekent dit voor de effectiviteit van de behandeling en voor de kosten? Mijn collega van de VVD heeft een amendement ingediend over een evaluatie en dat steunen wij. Wij zouden deze punten daar graag in terugzien.

Dan de laatste vraag. Waarom wordt bij dit wetsvoorstel de intentie omschreven dat de zorgverlener iemand uiteindelijk moet verwijzen naar reguliere zorg? Is het de bedoeling dat iemand uiteindelijk wordt verwezen van anonieme e-health naar e-health, maar dan op naam? Of is het de bedoeling dat iemand wordt verwezen van anonieme e-health naar de behandelkamer? Als uit rapporten blijkt dat e-health vele malen effectiever is voor bepaalde mensen, dan moeten we er volgens mij voor zorgen dat zij die zorg die bij hen past, krijgen en houden, en ze niet naar de spreekkamer verwijzen, omdat we nu eenmaal gewend zijn aan de spreekkamer.

Ons uitgangspunt is: doe wat werkt, doe wat bij mensen past en zorg dat het breed toegankelijk blijft. Complimenten voor dit voorstel, dat gaat over mensen en niet over systemen.

De **voorzitter**:
Daarmee is een einde gekomen aan de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De minister heeft verzocht om een schorsing, zodat zij zich kan voorbereiden op de beantwoording.

De vergadering wordt van 17.15 uur tot 17.35 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik geef graag het woord aan de minister.

☐

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Het wetsvoorstel dat vandaag voorligt, is niet heel ingewikkeld. Het is ook een heel beperkt wetsvoorstel. Laten we het niet groter maken dan het is. Het is een praktisch voorstel, dat eigenlijk voortbouwt op wat we al doen sinds 2012.

Waarom dit wetsvoorstel? Dat is altijd een belangrijke vraag om het goed te kunnen beoordelen. We hebben gezocht naar een oplossing voor het financieren van het anonieme zorgaanbod die zo goed mogelijk past binnen ons zorgstelsel. Uitvoering door het Zorginstituut is een logische keuze, aangezien het Zorginstituut een belangrijk aandeel heeft in de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Daarom laten we het Zorginstituut deze regeling uitvoeren. De wetswijziging is noodzakelijk om deze taak te kunnen beleggen bij het Zorginstituut en om de financiering van de subsidieregeling te kunnen laten lopen via het Zorgverzekeringsfonds. De financiering van

deze vorm van zorg hoort daar thuis. Een stevige verankering van deze zorg is op zijn plaats.

Laat ik het een beetje visualiseren. Je kunt je namelijk afvragen voor wie we dit eigenlijk doen. We doen dit bijvoorbeeld voor een puber die met zichzelf in de knoop zit en niet naar de huisarts of de praktijkondersteuner van die huisarts wil, omdat hij bang is dat zijn moeder dan binnen no time weet dat hij een gameverslaving heeft. Dat mag de huisarts helemaal niet vertellen, maar daar kan die puber bang voor zijn. Waar zoekt die puber dan hulp? Die zoekt vaak hulp op internet. Mevrouw Dijkstra noemde al Grip op je Dip. Dat is zo'n site waar hij terecht kan komen. Denk ook aan Alcoholdebaas.nl of Depressie de baas. Er zijn allerlei sites waar zo'n puber terecht kan komen.

Gaan mensen deze hulp niet zoeken omdat ze hun eigen risico niet willen betalen? Dat eigen risico hoef je bij de huisarts niet te betalen. Dit gaat echt om eerstelijnszorg. Er is dus geen sprake van een aanzuigende werking. Het gaat erom dat je niet wilt dat iemand weet dat je klachten of een verslaving hebt en daarom niet naar die POH-GGZ of huisarts gaat. Vervolgens ga je zoeken op internet. Met dit wetsvoorstel betalen we niet de internetsite. We betalen ook niet de voorlichting erover. We betalen puur voor de interventie die je via deze sites kunt krijgen.

Wordt dat verantwoord? Dat wordt natuurlijk verantwoord via een accountant, via IP-adressen en screenshots. Als je een lager bedrag krijgt, gaat het via het bestuur. Dat gebeurt keurig. De praktijk sinds 2012 wijst uit dat dit echt keurig gebeurt. Sterker nog, er wordt ook terugbetaald. Dat gebeurt ook keurig. De begrenzing ligt op 2 miljoen, maar daar blijven we ruim onder. De helft wordt momenteel uitgegeven. Zo gebeurde het vorig jaar en het jaar daarvoor ook. We zitten er dus ruim onder.

Dan is er het stelsel bewaken en beveiligen. Dat is evident. U bent het er allen mee eens dat het niet handig is voor iemand die in dit stelsel zit om via de zorgverzekering te declareren. Het Openbaar Ministerie bepaalt of je onder dit stelsel valt. Het wetsvoorstel geldt voor die mensen die een maatregel hebben gekregen voor anonimiteit. Zij krijgen een registratienummer. De aanbieders kunnen via de Nationale Politie declareren, dus niet meer bij de zorgverzekeraar. Dat is het idee van het wetsvoorstel. Je declareert bij de Nationale Politie en vervolgens wordt het uitbetaald door Zorginstituut Nederland. In beide gevallen, bij anonieme hulp en in het stelsel bewaken en beveiligen, heeft het Zorginstituut dus de rol van subsidiebepaler en is het de onafhankelijke uitvoerder van deze regeling.

Moet zorg niet altijd privacyproof zijn? Ja. Er moet altijd zorgvuldig worden omgegaan met gegevens van patiënten. Dat is ook vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens. Alle wetten gelden ook gewoon voor deze hulp. In de reguliere zorg kent de behandelaar altijd zijn patiënt. Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk om zorg te verlenen aan mensen die anoniem willen blijven voor hun behandelaar. De hele zorg is dus privacyproof, maar dat is niet hetzelfde als anoniem. Dit wetsvoorstel regelt die anonimiteit.

Hoe toont een zorgaanbieder aan dat die anonimiteit nodig is? Daar zijn vragenlijsten voor. Die hebben we ook al sinds 2012. Met die vragenlijsten — daar wordt eigenlijk nooit over geklaagd — moet de zorgaanbieder aantonen dat hij een procedure heeft om de intake goed te organiseren. Aanbieders hebben daar geen problemen mee, want die voorwaarden gelden al.

Kan de subsidietermijn naar drie jaar om de administratieve lasten laag te houden? De subsidie om anonieme e-mental health te bieden wordt jaarlijks toegekend aan organisaties. Daardoor zijn die genoodzaakt om goede, effectieve zorg te bieden. Wij doen er dus iedere keer een beroep op om daar scherp op te blijven. Trajecten van de zorgvragers zijn van beperkte duur, met slechts drie tot acht interventies. Langs die weg worden ze zeker binnen een jaar afgerond. Ik zie daarom geen noodzaak om het voor drie jaar te doen. Dat zou ook betekenen dat er geen nieuwe aanbieders kunnen toetreden, want drie jaar is een heel lange periode in de zorg. Er kunnen nieuwe inzichten zijn waardoor je zegt: een nieuwe aanbieder zou ook een mogelijkheid moeten hebben.

Waarom beleggen we het niet bij het Zorginstituut Nederland? Ik hoop dat ik helder heb gemaakt dat we dat juist wel doen. Het wetsvoorstel regelt dat beide regelingen juist bij het Zorginstituut Nederland worden neergelegd. Dat is dus ook het antwoord op de vraag naar de lek die er eventueel kan zijn als het naar de zorgverzekeraar gaat. Als iemand onder de maatregel voor anonimiteit valt, gaat het namelijk juist niet naar de zorgverzekeraar, want dan declareert diegene bij de Nationale Politie.

Er werd gevraagd of ik het voldoende vind dat zorgverzekeraars zich hebben geconformeerd. Het gaat erom dat iemand een registratienummer moet krijgen. Het OM moet dus aangeven dat iemand echt anoniem moet blijven via het stelsel bewaken en beveiligen. Dan krijgt diegene een registratienummer en dan geldt deze wet. Als iemand niet onder het stelsel bewaken en beveiligen valt, maar niet traceerbaar zijn wel heel belangrijk vindt, dan kunnen daarover afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars. Los van dit voorstel zijn daar afspraken over gemaakt. Die zijn opgenomen in de uniforme maatregel kwetsbare groepen, die onderdeel is van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap van Zorgverzekeraars Nederland. De verzekerde is ervoor verantwoordelijk om aan de zorgverzekering te melden dat er sprake is van een kwetsbare persoon en om te zeggen: pas op mijn gegevens. In de administratie krijgen zijn adres- en woonplaatsgegevens dan de aanduiding "geheim". Dat is voor alle medewerkers een signaal dat er over die persoon geen enkele informatie mag worden verstrekt. Derden krijgen bij "adres" een leeg veld te zien. Medewerkers met klantcontact dienen goed op de hoogte te zijn van het feit dat er geen informatie verstrekt mag worden van personen die behoren tot een kwetsbare groep. Er blijft natuurlijk wel altijd een zeker risico op het ongewenst verstrekken van adres- en woonplaatsgegevens, bijvoorbeeld bij geautomatiseerde correspondentie of omdat er een menselijk foutje wordt gemaakt. Voor de mensen die door het OM echt aangewezen zijn als anoniem, geldt dit niet, want zij krijgen een registratienummer. Dit betreft dus de groep mensen die daarbuiten vallen, maar die wel tot een kwetsbare groep behoren.

Hoelang duurt het voordat iemand wordt opgenomen en hoe wordt vanaf dag één anonimiteit gegarandeerd? Wij hebben geen vaststaande termijn. Dat wordt ook niet door ons beoordeeld. Iemand valt onder die regeling volgens de regeling die nu al bestaat. Het OM beoordeelt dat dus, en wij natuurlijk niet. Dat beoordeelt ook hoelang het nodig is

en wanneer het kan worden opgeheven. Daar verandert dit wetsvoorstel dus helemaal niets in.

De PVV zegt: uit het Trimbosonderzoek blijkt dat er bij psychische problemen weinig schaamte en geen drempels zijn, dus waarom dit wetsvoorstel? Ik ben heel blij met het positieve beeld dat het Trimbos-instituut schetst. Ik denk overigens dat er wel altijd patiënten zullen blijven bestaan die toch schaamtegevoelens hebben, misschien alleen in een bepaald deel van hun leven. Misschien schaamt iemand zich niet zozeer, maar wil hij niet dat zijn ouders het weten of dat zijn familie het weet. Met dit wetsvoorstel kun je invulling geven aan de mogelijkheid dat je, wat voor redenen er ook zijn, toch een beroep doet op deze regeling. Nogmaals, de POH en de huisarts zijn ook drempelloos toegankelijk. Dat verschil is dus niet heel groot, alleen ben je hierbij anoniem.

De grens van 2 miljoen staat ook echt in dit wetsvoorstel vast. Een aanzuigende werking zie ik dus nog niet zo. De regeling bestaat al enige jaren. We zitten ook al enige jaren qua uitgaven op de helft van het bedrag waar de regeling ruimte voor biedt.

Waarom is er gekozen voor een ondergrens van een ton en een bovengrens van zeven ton? Bij de keuze voor het stellen van een maximum- en een minimumbedrag per zorgaanbieder heeft een rol gespeeld dat de zorgaanbieders die gebruikmaken van de subsidie, een substantieel volume kunnen leveren, waarmee het aanbod niet te veel versnipperd zou raken. Dat heeft dus meer een andere kant. Je wilt het toch ook een beetje bundelen, zodat er niet honderd kleine sites ontstaan. Je wilt sites in verschillende grootte. Tegelijkertijd was het de bedoeling om te voorkomen dat het gehele beschikbare bedrag door twee zorgaanbieders geheel zou worden besteed. Oorspronkelijk lag het minimumbedrag, gelet op de kaderregeling VWS-subsidies, op €125.000. We hebben, toen wij de subsidies hebben opgeschoond, met het oog op de uitvoering overal die bodem vastgesteld. Bij de beoordeling van de aanvragen van de subsidies voor 2012 en 2013 bleek dit echter voor meerdere aanvragers een te hoge drempel. Daarom hebben we dat bedrag naar beneden bijgesteld tot een ton.

Hoe weten we of een behandeling succesvol is? Ook als je voor deze anonieme behandelingen gaat, is de doelstelling om mensen weer in de reguliere zorg te krijgen. Je wilt juist de mensen die een drempel ervaren hiermee opvangen. Je wilt bijvoorbeeld niet, om een voorbeeld te noemen, dat iemand met een depressieve puber die in die depressiviteit blijft hangen, geen hulp zoekt. Je wilt juist dat die zo snel mogelijk wel van de reguliere zorg gebruikmaakt, omdat je dan een behandelaar-patiëntrelatie kunt opbouwen.

Mevrouw Bouwmeester vroeg zich af of iemand daarvoor dan per se een keuze moet maken voor de spreekkamer of voor e-mental health. Heel vaak zal het waarschijnlijk blended care zijn, dus een combinatie daarvan. Om bij het voorbeeld van de puber te blijven: je wilt in ieder geval dat die puber een behandelaar krijgt met wie hij een relatie kan opbouwen zodat die verdere vragen kan stellen. Waar moet je heen? Ben je hier op je plaats? Heb je misschien veel zwaardere hulp nodig of is dat niet de bedoeling? Dit is juist een manier om mensen die echt op zoek zijn naar hulp, naar de reguliere zorg te geleiden.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik had nog een vraag voor de minister over het vorige punt, namelijk het contracteren van de aanbieders van deze zorg. Er zijn 8 tot 21 potentiële zorgaanbieders die van die subsidie gebruik kunnen maken. Ik kijk ook naar de administratieve lasten bij een jaarlijkse termijn, waarover de minister spreekt. Als je tien tot vijftien aanbieders hebt van deze toch wel specifieke zorg, is dat dan niet al voldoende qua keuzevrijheid? Is het niet mogelijk om dit dan toch meerjarig te doen, met het oog op het terugbrengen van de administratieve lasten? Dat lijkt mij toch ook heel erg praktisch.

Minister **Schippers**:
Ik heb daar niet voor gekozen om redenen die ook in de inbreng van een aantal Kamerleden terug te vinden zijn. Bij de PVV en de VVD zijn er twijfels over de vraag of je deze weg wel op moet gaan. Zorg je zo niet voor een aanzuigende werking? Door de jaarlijkse termijn houd je daar enigszins controle op. Als dit een gangbaar geheel is geworden, kan ik me voorstellen dat je na verloop van tijd tot de conclusie komt dat deze manier van zorg leveren zo volwassen is geworden, dat je hier langere termijnen voor kunt hanteren. Maar juist omdat verschillende partijen zich afvragen of je deze weg wel moet bewandelen, vind ik die jaarlijkse termijn wel heel goed. Het gaat ook om een relatief jong iets, wat niet gangbaar is en waarvan je misschien na een aantal jaren, als het wat meer gesetteld is, alsnog kunt besluiten om het over een langere periode te doen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Mag ik dan hieruit concluderen dat de minister zegt dat wellicht bij een evaluatie overwogen zou kunnen worden om het meerjarig te doen, gezien de praktijkervaring die we dan hebben opgedaan?

Minister **Schippers**:
Ik ben zeker bereid om bij een evaluatie te kijken hoe op dat punt de vlag erbij hangt en hoe een en ander zich heeft ontwikkeld.

Gevraagd is verder hoe we weten of een behandeling succesvol is. Er komen alleen behandelingen en interventies voor subsidie in aanmerking die evidence based zijn en dus een bewezen effectieve aanpak kennen. Dat is een voorwaarde om subsidie te krijgen. De aanvragen worden op dit moment daarop beoordeeld door VWS. Met aanvaarding van het wetsvoorstel zal de beoordeling plaatsvinden door het Zorginstituut.

Dan de vraag hoe we weten of een behandeling noodzakelijk is. Voor het aanmelden voor de behandeling vult de gebruiker een vragenlijst in en de zorgverlener bepaalt bij de intake of anonieme behandeling noodzakelijk is. Ook ik ben voorstander van e-mental health. Ik denk dat het enorme winst zou zijn als het vaker zou worden gecombineerd met de behandelingen die we al geven. De vraag is gesteld of wij dat "anonieme" niet moeten ontmoedigen. Ja, wat we met deze regeling proberen is om mensen die geen hulp zoeken omdat ze willen dat een ander het niet weet of die om andere redenen anoniem willen blijven, zo snel mogelijk wel in dat reguliere systeem onder te brengen, aangezien je dan pas echt kunt zien welke zorg er in relatie tot de aanbieders nodig is. De subsidie is nadrukkelijk

bedoeld voor mensen voor wie een noodzaak tot anonimiteit geldt of die we anders missen als we dit alternatief niet bieden.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Ik ben vooral bezorgd dat dit aanbod zijn eigen vraag schept. Mensen die zorg nodig hebben en die via e-mental health of anoniem geholpen worden, prima, maar hoe zit het met mensen die geen zorg nodig hebben? Die lijstjes worden heel aantrekkelijk gemaakt. Ik vulde vanmiddag bijvoorbeeld een lijstje in. Als je één glaasje alcohol per dag drinkt, ben je eigenlijk al alcoholist en heb je anonieme e-mental health nodig. Hoe voorkomen we dat we een eigen vraag gaan scheppen door dit aanbod?

Minister **Schippers**:
Ten eerste omdat ik denk dat het niet heel erg leuk is om dit te doen. Anders zou je kunnen zeggen dat het ontzettend leuk is. Maar waarom gaan niet heel veel mensen bij de POH praten? Omdat dat over het algemeen niet gezien wordt als heel erg leuk. Het moet dus eerder een noodzaak zijn. Ten tweede hebben we dit hartstikke hard begrensd op die 2 miljoen. Dus een aanzuigende werking? De regeling loopt al drie jaar. We hebben deze wet nodig om die door Zorginstituut Nederland te laten uitvoeren. Ik had die ook door kunnen laten lopen; dan had ik geen wet gehad, maar dan had VWS die altijd moeten uitvoeren. De helft van het geld blijft gewoon waar het is. De aanbieders geven zelfs geld terug, want je moet wel je behandeling afmaken. Dus het is ook de bedoeling dat de zorgaanbieders checken of je niet beter hulp kunt krijgen in het reguliere circuit, of je wel op je plek bent. Wordt dat gecontroleerd? Ja, ze hebben allerlei methodes om dat te controleren. Dat hebben ze de afgelopen drie jaar ook gedaan. Wij hebben nu juist het idee dat deze regeling helemaal niet misbruikt wordt. Wij hebben de regeling heel hard begrensd, voor het geval dat mensen denken dat zij wel mogelijkheden zien. Wie maakt er gebruik van? Wie heeft er baat bij?

De heer **De Lange** (VVD):
Op het punt van die harde grens, in de memorie van toelichting staat dat in de wet jaarlijks een subsidieplafond kan worden vastgesteld. Is dat de harde grens? Ik kan daar niet uit opmaken dat er nu bij wet geregeld wordt dat er 2 miljoen per jaar voor dit doel ter beschikking wordt gesteld.

Minister **Schippers**:
Nee, de harde grens is het plafond. Daar zijn wij allemaal bij. Dat plafond kan natuurlijk van jaar tot jaar verschillen, wanneer wij vinden dat er een ander plafond moet worden gesteld. Maar dat is natuurlijk wel een harde grens, want je gaat niet door het plafond heen. Dus je bepaalt altijd hier met elkaar wat uiteindelijk het plafond is.

Tot nu hebben we dat ook gedaan en zien we dat dat plafond niet eens voor de helft wordt volgemaakt. We zien juist onder bepaalde leeftijdsgroepen dat zij de weg niet weten te vinden omdat daar toch drempels bestaan waarvan we, als we teruggaan naar onze eigen tijd, ons misschien best nog kunnen voorstellen dat die zouden kunnen bestaan.

Je hebt jongeren die depressiegevoelens hebben, en mensen die lijden aan een gok-, alcohol- of gameverslaving. Dat zijn de groepen die hier echt baat bij kunnen hebben. Een deel van die groepen zoekt wel hulp en een ander deel voelt zich beschaamd om die hulp te zoeken. Er worden alleen effectieve interventies gesubsidieerd en daarmee is de basiskwaliteit in beginsel gewaarborgd. De IGZ houdt gewoon toezicht op de kwaliteit van de zorg.

Ik kom bij de vraag van de PvdA en de VVD of het het uitgangspunt is dat men in de reguliere zorg terechtkomt. Ja, dat is het uitgangspunt. De subsidie is nadrukkelijk bedoeld voor mensen voor wie anonimiteit een noodzakelijke voorwaarde is. Mensen kunnen met andere redenen geen aanspraak maken op die zorg. Een zorgaanbieder is verplicht om duidelijk te maken dat de juiste categorie personen er gebruik van maakt. Een nota van wijziging om het wetsvoorstel te splitsen zou juridisch kunnen. Deze regeling is er overigens op grote aandrang van de Kamer gekomen, niet alleen door de motie van de SP. Ik voer al jarenlang bij de begrotingsbehandeling debatten met uw Kamer over het feit dat er een subsidieregeling moet zijn voor anonieme hulp. Die subsidieregeling had ik natuurlijk ook door kunnen laten romen, maar ik wil deze borgen en door Zorginstituut Nederland laten uitvoeren, zoals ik al eerder heb aangegeven.

De heer **De Lange** (VVD):
Ik denk dat we dan tot de kern komen. Kan de minister toelichten wat het voordeel ervan is om een en ander onder te brengen bij het Zorginstituut en af te stappen van de methodiek die in de afgelopen jaren ook heeft gewerkt? Waarom is er niet voor gekozen om het via een subsidieregeling via het ministerie te laten lopen?

Minister **Schippers**:
Blijkbaar is er al jarenlang de noodzaak tot een subsidieregeling. Op de noodzaak daarvan is in deze Kamer meerdere malen gewezen. Je kunt het laten lopen, maar wij vinden dat Zorginstituut Nederland de aangewezen instantie is om zo'n regeling uit te voeren en om te bekijken of de regeling werkt, welke extra eisen eraan toe moeten worden gevoegd en of er meer evidence based is. Zorginstituut Nederland is onze pakketbeheerder. Het Zorginstituut kan bekijken of iets werkt of niet. Wij willen graag dat de dingen die worden gebruikt, goed worden onderzocht. Verschillende Kamerleden hebben daarom gevraagd. Wat er wordt toegepast, wordt onderzocht, maar er kan natuurlijk ook een ontwikkeling zijn in deze regeling en in de anonieme hulp. Wij willen dat daar datgene wordt uitgevoerd waarvan wij van mening zijn dat het uitgevoerd zou moeten worden. Er is nu een subsidie die via de begroting loopt. Dit wordt een premiegefinancierde subsidie die vervolgens uit het fonds wordt gedekt. We hebben dit een aantal jaren laten lopen. Je kunt zeggen dat de subsidieregeling bedoeld is om iets uit te proberen. Of je bestendigt deze of je zegt: we hebben die regeling niet meer nodig. Wij hebben besloten tot bestendiging.

De heer **De Lange** (VVD):
Dat is helder in dit voorstel. Wij hebben toch nog de nodige vragen over de inzet en de effectiviteit. Daarom betoogt de minister ook dat het goed zou zijn als het Zorginstituut daar

verder naar kijkt. Is het dan niet veel verstandiger om deze subsidieregeling toch nog verder te verlengen om daar een beeld van te krijgen? Het Zorginstituut kan die rol op dit moment prima vervullen zonder dat dit wetsvoorstel wordt aangenomen. Dan heb je de zekerheid dat er middelen worden ingezet voor goede methodieken en dat de hulp wordt geboden die je graag wilt.

Minister **Schippers**:
De interventies die worden geboden, zijn evidence-based. We geven dus geen niet-evidence based zorg. Dat zeg ik over het eerste argument. Het tweede argument is dat Zorginstituut Nederland het nu ook wel zonder wet kan. Maar dat kan niet. Daarom kom ik met een wet. Je borgt het dus in het systeem. Het is niets nieuws. De Kamer heeft al jaren zelf aangegeven dat zij dit uitermate belangrijk vindt. Het is evidence based, maar die subsidieregeling hebben we drie jaar uitgevoerd. Op een gegeven moment stelden we de vraag of we ermee doorgaan of niet. Gaan we er wel mee door, dan beleggen we het waar dat het beste is, namelijk bij Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut kan het ook verder ontwikkelen met de kennis die het in huis heeft.

D66 vraagt of wij in de evaluatie willen meenemen in hoeveel procent van de gevallen de begeleiding naar reguliere zorg slaagt. Daar ben ik zeker toe bereid. Ik zal Zorginstituut Nederland ook vragen of het dat punt wil meenemen.

Valt Grip op je Dip van het Trimbos-instituut ook onder het wetsvoorstel? De interventies die Grip op je Dip uitvoert, vallen onder het wetsvoorstel. Dat geldt ook voor de andere sites die ik net al heb genoemd. Er is een heel overzicht van de sites die daaronder vallen.

Ik kom op de meerjarensubsidie. De interventies van Grip op je Dip worden overigens al jarenlang gesubsidieerd. Daarbij is wel sprake van een jaarlijkse indiening van de vraag. Het geldt niet voor het onderdeel voorlichting, maar wel voor de interventietak. Ik heb net tegen de heer Van Gerven gezegd dat ik het nog even zo wil houden, maar dat ik het wel in de evaluatie wil meenemen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik heb zojuist gezegd dat het ook voor D66 heel belangrijk is dat er naar reguliere zorg toe wordt geleid. Websites als Grip op je Dip — er zijn ook heel veel andere — zijn eigenlijk meer preventief van aard. Bedoelt de minister nu, te voorkomen dat mensen in een zodanige situatie terechtkomen dat zij in de reguliere zorg terechtkomen? Zou dat te meten zijn en zou dat eventueel ook in de evaluatie kunnen worden meegenomen? Kun je vaststellen dat een bepaald percentage na een interventie van een aantal behandelingen, anoniem via zo'n site, klaar is en dat je de mensen die het betreft ook niet meer terugziet? Of is dat lastig?

Minister **Schippers**:
Dat is lastig bij de evaluatie van de wet. Bij de evaluatie van de wet evalueren wij van iedere site de onderdelen die onder de wet vallen. Er zijn allerlei dingen die wij op preventief gebied doen. Ik denk dat wij daar in een ander verband wel over kunnen spreken. Het belang daarvan is evident. Dit wetsvoorstel ziet echt op het onderdeel zorg die men normaal gesproken vooral via de Zorgverzekeringswet krijgt, maar die wij — juist omdat we deze mensen willen vangen — op een andere manier financieren. Bij deze evaluatie zou ik dat echt niet willen toezeggen, omdat wij dan wel een heel oneigenlijk element erin brengen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Dat begrijp ik en ik kom er zeker nog op terug als dit op een ander moment aan de orde is.

Minister **Schippers**:
Prima.

Welke stappen blijf ik zetten om de traceerbaarheid van personen te minimaliseren? Zolang het wetsvoorstel niet in werking is getreden, blijft de pilot doorlopen. Samen met de Nationale Politie, het OM en het Zorginstituut ben ik in gesprek over verbeteringen in de uitvoering van de regeling. Ik blijf daarover met hen in gesprek. De anonimiteit is nu al volledig gewaarborgd voor deze groep mensen, die onder dit wetsvoorstel vallen. Declaraties worden ingediend via een uniek registratienummer, niet op naam van de bedreigde persoon. Bij de politie behandelt niet de gewone administratieafdeling, maar een speciale afdeling conflict- en crisisbeheersing deze declaraties.

Wil ik de Kamer informeren over de financiering van de zorg aan bedreigde personen en over het verloop? Dat wil ik zeker. Ik ben met het Zorginstituut, de Nationale Politie en het OM in gesprek over een verbeterde invulling van de pilot die nu nog loopt. De resultaten zal ik met de Kamer delen.

Wie stelt criteria vast voor de vraag wanneer anonimiteit noodzakelijk is? Het is de zorgvrager zelf die deze vorm van zorg zoekt. Er vindt een intake plaats waarbij vragen moeten worden beantwoord waaruit blijkt dat de zorgvrager om belangrijke en relevante redenen geen reguliere zorg zoekt. Dat geeft de zorgaanbieder een beeld van de noodzaak van anonimiteit. Er wordt steekproefsgewijs gecontroleerd of dit daadwerkelijk het geval is. Je hebt ook een accountantsverklaring nodig en er zijn screenfoto's. Daar zijn methodes voor.

Kan ik garanderen dat e-health altijd naast de behandelkamer blijft bestaan? Ik ben het helemaal met mevrouw Bouwmeester eens dat je echt moet bezien wie de zorgvrager is. Wat werkt het best? Wat is de behoefte? E-health zal ik mijn ogen nooit alle zorgbehoefte vervullen. Er zal altijd zorg in behandelkamers worden geboden. Ik denk eigenlijk dat je over het algemeen bij een mix zult uitkomen, waarbij het een het ander aanvult.

Hoe vindt selectieve selectieverwijzing plaats? De behandeling heeft een anoniem karakter. De zorgaanbieder kan dus niet expliciet verwijzen, maar zal degene die hulp vraagt erop wijzen dat dit soms echt noodzakelijk is. In die interventie komt het zeker aan de orde.

Hoe kun je bezwaar aantekenen als anonimiteit niet is gewaarborgd? Dit is een dichtgetimmerd systeem. Als je überhaupt, in wat voor situatie dan ook, vindt dat je privacy is geschonden, kun je altijd naar het College bescherming persoonsgegevens. Als je denkt dat de hulp die wordt

gegeven niet goed is, kun je natuurlijk altijd naar een klachtenloket. Alle wetgeving die wij hebben gemaakt, is op deze patiënten ook van toepassing. De kans dat iemand bij een loket gaat klagen, is echter kleiner als hij anoniem hulp vraagt. Maar de wetgeving is wel van toepassing. Kan de effectiviteit van behandelingen betrokken worden in de evaluatie? Ik heb aangegeven dat ik dat inderdaad aan het Zorginstituut Nederland zal vragen.

In zijn amendement stelt de heer De Lange voor dat ik binnen twee jaar na inwerkingtreden van deze wet aan de Staten-Generaal een verslag zal voorleggen over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk. Ik vind het een positief amendement en laat het oordeel over dit amendement over aan de Kamer.

Dat was het, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dank u wel, maar de heer De Lange wil nog een vraag aan u stellen.

De heer **De Lange** (VVD):
Voor de reikwijdte is het geloof ik toch relevant over wat voor psychische aandoening het nu eigenlijk gaat. Waar gaat het precies over? Ik constateer dat het ooit begonnen is vanuit de verslavingszorg en dat we het nu hebben over interventies gericht op pubers rondom gokken. Wat is voor de minister het kader van de interventies die zij hierin wil opnemen? Het aantal interventies zegt iets over het budget dat je hebt. Welke kant beweegt het nu op? Ik zie groei, maar de vraag is natuurlijk wel of het effectief is. Ik ben blij om te horen dat dit uiteindelijk tot reguliere zorg moet leiden. Om het heel concreet te maken: die puber komt via het internet binnen, maar als ik het goed begrijp, is het wel noodzakelijk dat die puber uiteindelijk bij de huisarts terechtkomt. Anders komt hij niet in het vervolgtraject in de reguliere zorg terecht. Dus mijn vraag is: wordt dit toch niet uiteindelijk een regeling waarover we over een paar jaar zeggen: het is zo uitgedijd dat wij door de bomen het bos niet meer zien?

Minister **Schippers**:
Die kans acht ik uiterst klein. Als dit een regeling was waarvan ik zou zeggen: je kunt allerlei zorg krijgen waar je normaal een eigen risico voor moet betalen, dan kan ik mij voorstellen dat mensen geen zin hebben om dat eigen risico te betalen en die hulp dus vragen. Maar dat is hier niet het geval, hier gaat het om eerstelijnszorg. Dus financiële drijfveren zie ik hier niet.

Het tweede punt. Als je een probleem hebt en je hebt een behandelaar tegenover je, dan kun je daar een relatie mee hebben en contact. Ik noemde de pubers als voorbeeld. Ik wil echt niet de indruk wekken dat het alleen over pubers gaat. Het kan ook zijn dat iemand een gokverslaving heeft en zijn vrouw weet het niet. Het kan zijn dat hij dan niet wil dat zij het te weten komt. Het kan zijn dat hij het niet helemaal vertrouwt. Dat is onterecht, want er is een medisch beroepsgeheim, maar er zijn allerlei redenen waarom mensen geen hulp zoeken, terwijl wij graag zouden willen dat ze dat wel deden. Kijk naar depressie, kijk naar verslaving: hoe eerder je hulp zoekt, hoe sneller en hoe beter je geholpen kan worden. Het is dus beperkt en afgebakend tot hulp die nu al drempelloos toegankelijk is. Daar hoef je niets voor te betalen. Die hulp kun je nu ook gewoon krijgen bij je POH, bij de ggz of bij je huisarts, alleen doe je dat dan via internet.

We proberen via internet deze jongeren of de aan drank verslaafde vrouw, die denkt dat haar man het nog niet weet, zo snel mogelijk juist wel in een traject te krijgen, terwijl zij dat zelf anders zouden vermijden. En ja, op een gegeven moment stopt het. Je kunt geen medicijnen voorschrijven, je kunt geen specialistisch complexe zorg geven. Daarom zei ik ook dat het een heel beperkt voorstel is. De groei die de Kamer ziet, zie ik eerlijk gezegd niet zo. Waar wij een budget hebben uitgetrokken, wordt dat bij lange na niet opgemaakt.

Dit is een moeilijk te bereiken groep, een groep die blijkbaar zelfs langs deze weg nog moeilijk te bereiken is. We houden aan alle kanten de stop erop of we bepalen zelf het plafond. Als wij denken dat het ergens niet goed gaat, zitten wij volledig aan de knoppen. Dat geldt ook als oneigenlijk gebruik blijkt uit de steekproeven die genomen worden, uit onderzoek van de accountants, van de IP-adressen of uit de screentests, uit alles wat je doet om te zien of er wel gebeurt waar wij het voor bedoeld hebben. Het wordt nu uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland, dat ook kan kijken hoe we het kunnen verbeteren. Het is evidence based zorg, maar in de loop van de tijd kunnen allerlei aanpassingen nodig blijken in dit soort interventies, en dan zit het ook op de plek waar het hoort. Meer is het eigenlijk niet.

De **voorzitter**:
Dat is hartstikke eenvoudig! Zo leer je nog eens wat. Ik dank de minister voor haar antwoord. Er is behoefte aan een tweede termijn.

☐

De heer **Van Gerven** (SP):
Voorzitter. In tweede termijn wil ik nog kort enkele opmerkingen maken. De minister heeft helder uitgelegd hoe het zit met de anonimiteit. Die is geborgd, met name ook bij de groep bedreigde personen. Kennelijk is dat al twee of drie jaar de praktijk. Er zijn afspraken gemaakt met het OM. Zijn er recente voorbeelden van gevallen waarin het mis is gegaan? De heer De Lange noemde een heel schrijnend voorbeeld uit 2014, maar inmiddels is een zekere praktijk actueel. Zijn er sindsdien nog calamiteiten geweest? Heeft de minister daar weet van?

Een tweede punt betreft de evaluatietermijn die in het amendement van de heer De Lange genoemd wordt. Is het niet verstandiger om een termijn van drie jaar aan te houden? Ik vind twee jaar vrij kort voor een wetsevaluatie. Uiteraard zit ik er niet hard in, maar een termijn van drie jaar lijkt mij redelijk om dit goed te beoordelen.

Ik zal mijn fractie in ieder geval een positief stemadvies geven over dit wetsvoorstel.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Voorzitter. De PVV-fractie heeft zorgen over de aanzuigende werking van e-mental health die anoniem en gratis is. Misbruik en fraude liggen dan op de loer. Het uitgangspunt moet altijd zijn dat anonieme e-mental health ontmoedigd wordt. De minister heeft in haar beantwoording duidelijk aangegeven dat dit ook het geval is, omdat het doel is dat anonieme e-mental health uiteindelijk wordt doorgeleid naar de reguliere medische zorg, die niet anoniem is. Met die toezegging en met het amendement van de heer De Lange, dat zorgt voor een evaluatie van de effectiviteit over twee jaar, zal ik mijn fractie adviseren om voor dit wetsvoorstel te stemmen.

De heer **De Lange** (VVD):
Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Misschien mag ik eerst reageren op de suggestie van de heer Van Gerven over de termijn van twee jaar. D66 en de Partij van de Arbeid hebben reeds aangegeven dat zij dit amendement willen steunen. Ik denk dat het van belang is dat er op korte termijn wordt geëvalueerd, want in dit debat is helder geworden dat er de nodige kritische vragen zijn. Daarom lijkt het mij goed om dit binnen twee jaar te kunnen doen. Ik dank de minister voor de appreciatie daarvan. Het lijkt mij dus goed om vast te houden aan die twee jaar. Voor mevrouw Klever is dit blijkbaar ook een argument.

Voor de VVD blijft staan dat er nu een bestaande praktijk is, die op een aantal fronten werkt. Natuurlijk is het heel goed dat er wordt gewerkt met bewezen methodieken, dus evidence based, maar de vraag blijft wel hoe die methodieken ertoe leiden dat mensen naar de reguliere zorg gaan. Het zou dan ook veel verstandiger zijn om de huidige praktijk, die de afgelopen drie jaar heeft gefunctioneerd, verder in te vullen en om te kijken naar de wijze waarop die nog beter bewezen kan worden. Wat de VVD betreft blijft namelijk recht overeind staan dat mensen naar de reguliere zorg moeten. Wij blijven bijzonder kritisch op dit onderdeel van de wet.

De **voorzitter**:
Mevrouw Dijkstra ziet af van haar tweede termijn, mevrouw Bouwmeester ook. Het woord is aan de minister.

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Ik wil toch even een vraagje stellen aan mijn ambtenaren.

Excuus, ik wilde iets zeker weten. Er zijn casussen bekend waarin het mis is gegaan en mensen konden worden gevonden, bijvoorbeeld via de declaratie van de zorgverzekeraar. Ons is niet bekend of dat is gebeurd in de pilot, waarin nu wordt gewerkt onder registratienummer. De pilot wordt geëvalueerd en ik stuur die evaluatie naar de Kamer. Dan kunnen wij zien of dat daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.

Of de evaluatietermijn te lang of te kort is, laat ik aan de Kamer. In het amendement van de Kamer staat twee jaar. Ik kan dat begrijpen, aangezien er vraagtekens worden geplaatst bij deze wet. Dan is het misschien goed om wat sneller te evalueren. Ik heb er zelf geen sterke gevoelens bij, maar ik kan mij dat voorstellen.

De heer De Lange vraagt of het niet veel beter zou zijn om de bestaande praktijk rond een onderdeel van de wet, de anonieme hulpvraag, voort te zetten handhaven. Wij zijn tot het oordeel gekomen dat er veel politieke consensus over is dat die mensen vanwege hun anonimiteit niet naar de hulpverlening gaan en niet om andere redenen. Er zitten bijvoorbeeld geen perverse financiële prikkels in. De anonimiteit is doorslaggevend. Deze regeling is ooit gemaakt omdat het uiteindelijk veel beter is dat die mensen veel eerder worden behandeld. Er is geen enkele aanleiding om te veronderstellen dat er sprake is van aanzuigende werking et cetera. Voor de zekerheid hebben wij de regeling wel begrensd en hebben wij wel een jaarlijkse contracteerronde. Als het in een jaar zo snel is gestegen dat je ineens het plafond hebt bereikt en je dat eens even wilt uitzoeken, kun je gewoon zeggen: volgend jaar gaan we weer voor één jaar, het plafond wordt gehandhaafd en we zoeken het eerst uit.

Er wordt niet gewerkt met niet-evidence based interventies. Ze zijn wel evidence based; het is onderzocht. Alles overwegende, ook omdat ik echt vind dat dergelijke regelingen bij het zorginstituut thuishoort en dat dat die regelingen veel beter kan ontwikkelen in de richting die ook de stand van de wetenschap reflecteert, zie ik reden om er nu wel een wet van te maken. Ik denk dat het een verantwoorde stap is met alle waarborgen. Sterker nog, ik denk dat het heel belangrijk is dat wij het via deze route doen.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Ik dank de minister. De stemmingen over dit wetsvoorstel zullen aanstaande dinsdag plaatsvinden.

De vergadering wordt van 18.18 uur tot 19.30 uur geschorst.